

Name: / Geburtsdatum: / Vers.Nr.:

Ab dem _____ möchte ich die folgende Pflegeleistung in Anspruch nehmen:

- Pflegegeld**
(Pflege wird durch eine oder mehrere private Personen sichergestellt)
- Kombinationsleistungen**
(Pflege wird durch eine private Pflegeperson und durch einen zugelassenen Pflegedienst sichergestellt)
- Pflegesachleistungen**
(Pflege wird ausschließlich durch einen zugelassenen Pflegedienst sichergestellt)
- vollstationäre Pflege**
(auch bei stationärer Behindertenhilfe)

Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen/Bekanntem nein ja, bitte angeben

Pflegeperson 1

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Der Pflegeaufwand meiner Pflegeperson liegt bei durchschnittlich _____ Wochenstunden.

Pflegeperson 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Der Pflegeaufwand meiner Pflegeperson liegt bei durchschnittlich _____ Wochenstunden.

Ergänzende Information bei Inanspruchnahme eines Pflegedienstes

Bitte beachten Sie, dass hier lediglich Leistungen der Selbstversorgung durch einen Pflegedienst abgefragt werden. Hierzu zählen z.B.: Duschen, Baden, Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Unterstützung beim Aufsuchen der Toilette und der Umgang mit Inkontinenz. Nicht berücksichtigt werden Leistungen der Häuslichen Krankenpflege. Hierzu zählen z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsverbänden/Kompressionsstrümpfen, Medikamente richten und/oder Medikamentengabe, Wundversorgung und die Messung von Körperzuständen wie z.B. Blutzucker und Blutdruck.

Die Pflege wird von einem Pflegedienst / Pflegeheim durchgeführt

nein ja, seit _____, bitte angeben:

Name und Anschrift des Pflegedienstes oder des Pflegeheimes		
Straße	PLZ	Ort

Ich bitte, das beantragte (anteilige) Pflegegeld zu zahlen:

auf mein eigenes Konto auf ein anderes Konto

IBAN	BIC
Name des Geldinstitutes	
Name, Vorname des Kontoinhabers	
PLZ	Ort
Straße	

Ich versichere, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht habe. Über Änderungen werde ich Sie informieren.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Hinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) I, § 44 SGB XI und Artikel 5 Nr. 11 Pflegeversicherungsgesetz. Die Angaben der Telefonnummer sind freiwillig.

Die energie-BKK schützt Ihre Daten! Nähere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Internetseite (Bereich: Datenschutz) oder in unseren Servicecentern.